FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

N° 271

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

par

André LEGROS

Né le 15 Février 1899, à Reims (Marne)

CURAGE DIGITAL PRÉCOCE DANS L'INFECTION PUERPÉRALE

Président : M. BRINDEAU, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
MARCEL VIGNÉ
13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13
PARIS

1929

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929 — N° ——

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

par

André LEGROS

Né le 15 Février 1899, à Reims (Marne)

CURAGE DIGITAL PRÉCOCE DANS L'INFECTION PUERPÉRALE

Président : M. BRINDEAU, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1929

LE DOYEN..... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	N.....
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON ACHARD N...
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET HARTMANN LEJARS GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE BRINDEAU JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiâtrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BIZET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
LEROUX	Anatomie pathologique.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OLIVIER	Anatomie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirugicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉRY	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

ET DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MERE

A MON BEAU-PERE

A MA FEMME

A MON FRERE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES ET PROFESSEURS
DE L'ECOLE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE REIMS

A MES MAITRES ET PROFESSEURS
DE L'ECOLE DE MEDECINE, DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A Monsieur le Professeur BRINDEAU

Qui nous a fait le grand honneur de présider notre thèse.

INTRODUCTION

Si actuellement les discussions ne sont plus aussi vives qu'autrefois à propos du traitement de l'infection puerpérale il n'en est pas moins vrai que c'est là un sujet toujours digne d'intérêt. D'ailleurs ce traitement est loin d'être nettement fixé pour tous les cas et l'on voit encore de temps en temps des auteurs indiquer de nouveaux procédés de thérapeutique.

Nous voulons insister ici sur la valeur, les avantages du curage digital. Les observations que nous présentons à l'appui de cette démonstration prouvent, croyons-nous, d'une façon bien nette, l'intérêt de cette méthode.

Il est bien certain, et cela a été dit depuis longtemps, que tous les procédés judicieusement et habilement employés donnent des résultats favorables. Mais, et cela surtout pour des praticiens, il est utile d'indiquer les moyens qui, d'application relativement facile, donnent de bons résultats. Et parmi ces moyens d'emploi commode, non dangereux, le curage digital bien fait, employé bien entendu à temps, est un des meilleurs que l'on puisse recommander.

Sans vouloir faire une revue générale des traitements employés dans l'infection puerpérale, il nous a paru logique de les grouper et de les indiquer sommairement. Ceci correspondra en quelque sorte à l'historique de la question. Cela nous permettra aussi de situer le curage digital par rapport aux autres procédés et de bien voir quand et comment on doit avoir recours à lui.

Le curage digital ne peut avoir la prétention d'être le seul traitement à opposer à cette redoutable infection. Au Congrès de Strasbourg en 1923, lorsque cette question fut mise à l'ordre du jour, le rapporteur, le Docteur Alfieri (de Pavie) fit une étude d'ensemble de cette thérapeutique. Et le savant italien concluait comme son ami Resinelli :

« La terapia della febbre puerperale è tuttora incerta et vacillante spesso ancora assolumente inefficace contro le forme piu violente et piu gravi ». La thérapeutique peut être inefficace dans les formes graves et violentes, mais si ces formes ne prennent pas d'emblée ce caractère de haute gravité des soins appropriés et notamment le curage digital peuvent quelquefois sauver la vie de ces malades.

Nous allons donc voir quelle est la place du curage digital dans l'arsenal thérapeutique dirigé contre la fièvre puerpérale. Puis nous verrons à étudier ses avantages, sans oublier d'exposer les critiques dont il a pu être l'objet.

Nous en étudierons la technique dans un 2e cha-

pitre. Insistons dès maintenant sur l'importance de l'anesthésie générale.

Cette étude est enfin complétée par un certain nombre d'observations que nous devons en partie à M. le Professeur Bouvier et au Docteur Chappaz.

Une bibliographie succincte, qui ne représente d'ailleurs que les principaux ouvrages que nous avons consultés est jointe à ce travail.

Chapitre I

EXPOSE RAPIDE DES DIVERS PROCEDES DE TRAITEMENT DE LA FIEVRE PUERPERALE

Voyons maintenant quels sont les divers groupes de procédés thérapeutiques proposés pour traiter l'infection puerpérale.

Ils se divisent naturellement en deux grandes classes :

Les moyens de *thérapeutique locale*,

Les moyens de *thérapeutique générale*.

Les premiers sont ceux qui cherchent à obtenir la disparition des agents infectieux ou du moins qui cherchent à détruire les principaux foyers, alors qu'ils sont encore localisés à l'appareil génital ou au moins à son voisinage immédiat.

Les moyens de Thérapeutique générale que l'on ne doit négliger dans aucun cas, cherchent à aider et soutenir l'organisme dans sa lutte contre l'infection; mais ces moyens veulent viser plus haut et leur idéal

serait de pouvoir détruire les agents cause de l'infection alors même que l'organisme serait envahi profondément.

I. Moyens de thérapeutique locale

Ces moyens eux-mêmes sont communément divisés en obstétricaux et chirurgicaux.

a) *Moyens obstétricaux.*

Ce sont ceux qui s'adressent à la première période d'évolution de l'infection puerpérale. La lésion morbide est alors circonscrite aux voies génitales. Et même mieux, c'est presque exclusivement au revêtement muqueux superficiel et aux solutions éventuelles de continuité déterminées par l'accouchement qu'elle est limitée.

Ces moyens obstétricaux sont représentés essentiellement par des méthodes et des procédés de nettoyage et de désinfection des voies génitales sans les mutiler et sans en léser l'intégrité.

Pratiquement ce sont des moyens intra-utérins.

1° *Injections intra-utérines.*

C'est évidemment là le procédé le plus simple de nettoyage de la cavité utérine.

Leur emploi est très ancien et remonte à 1704 avec Rullau, puis Hervieux. Elles sont toujours utilisées. Elles sont inoffensives et souvent efficaces.

Il est d'usage courant de se servir de solutions antiseptiques non toxiques, parmi lesquelles les solu-

tions iodées et surtout iodo-iodurées sont toujours en faveur.

Et cependant on les a accusées de quelques cas de perforations, mais c'est là une éventualité bien rare et en tout cas ne pouvant se produire que lors d'une fragilité exceptionnelle de la paroi utérine, à laquelle il faut pourtant penser, ou de brutalité.

Mais ce que l'on peut surtout leur reprocher, c'est de n'avoir aucune action pour détacher les débris d'arrière-faix et de ne pouvoir que les entraîner s'ils sont mobiles.

Citons le cas de Verankas qui guérit rapidement par des injections et lavages antiseptiques au lysol une infection puerpérale grave avec phénomènes locaux et troubles nerveux intenses.

2° *Drainage de l'utérus.*

Il devait venir naturellement à l'esprit de comparer la cavité utérine à un foyer infecté quelconque et par conséquent de la traiter par le drainage. Routh et Warden mentionnent des cas où ce drainage occasionnel fut indiqué. Aimes, dans un article récent est partisan du gros drain de caoutchouc après écouvillonnage.

Les drains en matière dure ont été souvent discutés : soit qu'il s'agisse de drains en verre (Veit), ou en métal (Mouchotte), car ils pourraient blesser les parois utérines.

Les drains en substances souples, surtout le caoutchouc, ont été accusés de se couder trop aisé-

ment et de fonctionner mal. Ils ont été préconisés par de nombreux auteurs, nous ne ferons que citer Fritsch, Schede, Bonnaire.

Il est un cas un peu spécial où ce drainage peut avoir de l'intérêt ; c'est dans ce que Guéniot a appelé la rétention lochiale par antéflexion. C'est là une forme assez spéciale d'infection puerpérale. C'est entre les 5e et 7e jours qu'elle peut apparaître, se manifestant alors par de l'élévation de la température.. Le toucher montre que le col est perméable, mais l'introduction du doigt redressant l'utérus, un flot de liquide gris sale fait aussitôt irruption. Il faut redresser l'utérus et le maintenir en place, soit par un drain, soit par un tampon sus-pubien comme l'a indiqué Demelin. Faire enfin des injections intra-utérines répétées.

3° *Irrigations continues.*

Nous rapprocherons du drainage les procédés d'irrigation contine. Ceci fut d'abord proposé par Snéguineff, puis mis en œuvre par Pinard et Varnier.

Plus récemment, les méthodes de Carrel-Dakin ont permis de rajeunir cette technique. Parmi ceux qui ont recommandé cette thérapeutique, citons seulement: Weil, Petit, Andérodias.

4° *Ecouvillonnage.*

L'écouvillonnage est souvent le complément du curettage ou du curage digital. Cependant, c'est là

un procédé dont on a pu dire qu'on l'employait plus par habitude que par conviction.

En effet, son utilité n'apparaît que lorsqu'il s'agit d'enlever des membranes ovulaires qui peuvent s'enrouler autour de la brosse.

Constitué le plus souvent par une simple compresse enroulée, il n'agit que sur une surface restreinte : le milieu des faces. Les bords et le fond de l'organe lui échappent.

On lui accorde d'être peu offensant et d'ensemencer moins que la curette. Il nous semble que l'on pourrait sans aucun inconvénient le laisser tomber définitivement dans l'oubli.

5° *Pinces à débris.*

Il s'agit là d'un instrument particulièrement dangereux que nous ne ferons que signaler. Leur emploi n'est même pas à conseiller à des mains remarquablement habiles et prudentes.

6° *Curage digital.*

Ce serait maintenant qu'il nous faudrait parler du curage digital qui logiquement prend place ici avant le curettage, puisque nous avons suivi une sorte de progression dans l'importance de l'intervention.

Nous renvoyons à un chapitre spécial cette étude que nous ferons aussi détaillée que possible.

7° *Curettage.*

Ce paragraphe sera forcément assez bref. Car il

est impossible de rappeler toutes les discussions qui ont eu lieu à propos des formes à donner aux curettes, qu'elles soient tranchantes (ce que la très grande majorité refuse d'ailleurs), mousses ou demi-mousses, qu'elles soient fenêtrées ou pleines. Ce qui est important, c'est l'orientation du biseau. Et surtout ce qui est capital, c'est la manière de s'en servir.

On ne devrait jamais faire de curettage sans anesthésie générale. C'est le seul moyen de faire une intervention avec sécurité. Nous aurons à revenir sur cette question à propos du curage digital. Ce sera également à ce moment que nous mettrons en évidence les dangers du curettage, son action néfaste sur la zone de réaction leucocytaire.

Mais quelquefois il existe des débris d'arrière-faix dont l'adhérence est telle que le doigt seul ne peut suffire à les détacher. Sous la direction du doigt explorateur, le curettage, qui est alors limité, peut être indiqué. C'est pour faciliter ce genre de travail que certains ont été amenés à inventer un certain nombre de curettes digitales.

Le premier en date de ces instruments paraît être la curette de Chavane. Sorte de bague-râcloir qui était fixée au doigt par l'intermédiaire d'une plaque métallique. Ici le contrôle digital n'existait pas.

La curette de Valency avait sa partie active presque parallèle au plan utérin à nettoyer. L'appareil imaginé par Faix est un instrument plus long, enserrant le doigt par quatre griffes ; son extrémité active est perpendiculaire au plan pulpaire du doigt, celui-

ci s'engageant dans l'anneau ainsi formé, la pulpe dépassant et conservant sa sensibilité. Enfin la partie active circulaire n'est pas offensante.

8° *Pansements intra-utérins.*

Nombreux sont les produits qui ont pu être préconisés.

Fabre recommande l'*essence de térébenthine* en 1908, Ségré y revint en 1924.

M. le Professeur Brindeau s'est attaché en de nombreuses communications à mettre en évidence le grand intérêt des pansements avec les *bouillies lactiques.*

Dans une thèse récente, Ravina a préconisé les pansements à la gaze imprégnée de *filtrats* de culture de streptocoques. Ce procédé employé immédiatement après la délivrance est dit curatif précoce. Nous empruntons à cet auteur deux de ses observations où le pansement fut précédé d'un curage digital et il est assez curieux de voir le parallélisme de l'évolution décrite avec celle qui accompagne le curage digital seul de nos observations personnelles.

b) *Moyens chirurgicaux.*

Le processus infectieux, tout en restant localisé à l'appareil génital ou à son voisinage immédiat, va dans la deuxième période de l'évolution avoir dépassé la barrière muqueuse. Les foyers essentiels et les plus actifs sont pelviens ; ils peuvent sans trop de difficultés être atteints par une intervention chirurgicale.

Les difficultés de traitement sont alors beaucoup plus grandes et l'accord est loin d'être fait sur les moyens qu'il faut employer.

L'*hystérectomie* dans l'infection puerpérale a fait l'objet de nombreux travaux. Rappelons seulement les importantes discussions de la Société de Chirurgie. Il est bien certain que c'est surtout dans les formes d'intensité moyenne, dans les variétés relativement lentes ou tardives qu'elle peut donner les meilleurs résultats.

La *ligature et la résection des veines* ont eu leurs partisans. (Foix, Williams, Lequeux, Maurer).

Nous ne discuterons pas sur l'emploi de ces procédés chirurgicaux qui sont à utiliser après échec des moyens obstétricaux, les seuls que nous voulions envisager.

II. Moyens de thérapeutique générale

Cependant nous dirons encore quelques mots des méthodes de thérapeutique générale, car ces dernières n'ont pas à proprement parler de date particulière pour leur emploi, mais doivent au contraire être bien connues des praticiens pour les mettre en œuvre le plus tôt possible.

1) *L'abcès de fixation* est une des plus anciennes en date. Il appartient aux accoucheurs, puisque c'est Fochier qui pour traiter une infection puerpérale a cherché à créer un foyer de suppuration facile à trai-

ter. Il est très discuté et peut-être a-t-il surtout une valeur pronostique.

2) Les injections intraveineuses de *métaux colloïdaux : or colloïdal* (Mme Chauveau), de *collargol* (Cohn), etc., de *mercurochrome* (Piper) ont été préconisées après beaucoup d'autres.

3) Citons encore les injections de *peptone* (Weymeersch). L'emploi du *novarsénobenzol* a été également très discuté ; il paraît cependant avoir donné de bons résultats à Joanny et Touchard, après Marbais. Descarpentries a essayé l'auto-sang hémolysé ; Delmas la transfusion.

4) La *vaccinothérapie* qui serait certainement une des thérapeutiques des plus intéressantes n'a pas encore donné des résultats assez satisfaisants.

———

Chapitre II

LE CURAGE DIGITAL

Nous avons vu que les procédés obstétricaux étaient ceux qu'il convenait d'employer dans la première période de l'infection puerpérale. Et nous voulons montrer maintenant que le Curage digital est de tous ces moyens l'un de ceux qui agira le mieux, avec le moins de dangers pour la malade. Nous aurons donc pour étayer notre thèse à envisager successivement :

1) En un bref rappel, la pathogénie et l'anatomie pathologique de la fièvre puerpérale ;

2) Les avantages du curage digital ;

3) La technique ;

4) Les griefs que l'on a pu formuler contre lui ;

5) Enfin il nous faudra envisager quelles sont les limites de l'intervention intra-utérine.

1) *Pathogénie et anatomie pathologique de l'Infection puerpérale.*

Nous n'aurons pas à insister sur la nature des germes microbiens en cause et sur la question de savoir s'ils sont exogènes ou endogènes. Nous retiendrons seulement que l'infection est facilitée par toutes les circonstances qui d'une part peuvent favoriser la pénétration précoce, massive et brutale des germes dans la plaie génitale, et d'autre part qui peuvent aider par leur action locale ou générale à la prolifération de ces germes.

Les principales de ces circonstances sont réalisées par les accouchements prolongés, les accouchements dystociques, mais surtout par la rétention de débris ovulaires, portions plus ou moins importantes des membranes, et plus particulièrement par des fragments de placenta, ou même plus simplement par du sang coagulé, par des caillots.

Il nous paraît utile d'insister sur cette rétention de *caillots*. C'est après inertie légère ou grave de la délivrance ou après hémorragie à la suite d'insertion vicieuse qu'ils se forment. Leur altération putride ne tarde pas à se produire. Leur accumulation pour leur plus grande part au-dessus de l'anneau de Bandl, ou leur rassemblement dans le segment inférieur va retarder l'involution normale, être la cause de tranchées douloureuses, et s'ils pendent dans le vagin, ce qui est là une éventualité fréquente, ils vont s'y infecter très aisément. Ils vont former une sorte « d'es-

calier » qui permet aux germes de monter du vagin dans l'utérus. Forme fréquente d'infection autogène se développant dans un milieu d'active prolifération.

Rappelons encore la rétention lochiale que nous avons déjà signalée.

Tout cela ne nous faisant pas oublier les infections locales ou générales, aiguës ou chroniques préexistantes chez la femme, ni méconnaître la notion si importante de terrain qui l'emporte de jour en jour sur celle du microbe, autrefois facteur essentiel.

Si nous mettons à part les formes suraiguës où l'invasion microbienne se fait avec une telle rapidité qu'il n'y a pour ainsi dire pas de lésions superficielles, la muqueuse n'ayant pas le temps de réagir, il est habituel de trouver la paroi utérine tapissée en tout ou partie d'un dépôt grisâtre plus ou moins adhérent. On le trouve constitué par un réseau fibrineux emprisonnant dans ses mailles des leucocytes, des hématies, des cellules en voie de nécrose et des germes variés. Sous ce dépôt se trouve la barrière d'infiltration cellulaire ou *zone de réaction leucocytaire*. C'est elle qui à cette période sépare la couche musculaire des tissus déciduaux nécrosés et infiltrés de microbes.

La zone de réaction leucocytaire constitue une véritable cuirasse qui, dans les formes banales, moyennes, d'infection, résiste environ une huitaine de jours. Il faut respecter cette barrière, il faut éviter de la trouer.

2) *Les avantages du curage digital.*

Avant tout, le curage digital est une méthode d'exploration systématique de la cavité utérine. Cette exploration nous paraît capitale, elle permet de se renseigner aussi complètement que possible sur l'état des parois, de constater s'il n'existe pas de complications (rupture par exemple) ; de s'assurer de l'existence ou non de rétention. Et tenant compte des contre-indications, on peut dire qu'une infection utérine qui commence doit imposer le toucher jusqu'au fond de l'organe. Ainsi on sera sûr de faire un diagnostic anatomique exact. La thérapeutique en découlera.

Ayant pu aisément reconnaître quel est le contenu de l'utérus, le doigt explorateur va devenir agent de traitement. Le doigt peut évacuer complètement, avec sécurité, la totalité de la rétention, ce que les autres procédés, aveugles, ne permettent pas. Cette évacuation complète, faite sans brutalité, a une grosse importance dans l'établissement du pronostic.

Le contrôle permanent et direct du doigt enfin fait que l'intervention présente un minimum de danger. Opérant lentement, avec précaution, on est sûr de ne pas traumatiser la muqueuse, on peut proportionner juste à sa valeur l'effort nécessaire pour seulement écraser et détacher les tissus friables et nécrosés, alors que le tissu bien vivant sous-jacent est respecté d'une façon parfaite.

Maintenant si nous comparons ces avantages du curage digital à ceux des divers autres procédés, nous

voyons qu'ils l'emportent aisément. Nous n'aurons pas à insister beaucoup pour faire apparaître cette supériorité sur les injections intra-utérines, méthode de nettoyage simple, mais infidèle; sur le drainage qui n'assure pas une évacuation complète et aussi rapide ; nous ne rappellerons pas ce que nous avons déjà dit de l'écouvillonnage.

C'est seulement avec le curettage que nous aurons à pousser un peu plus ces comparaisons. Il s'agit là d'un procédé qui explore aussi la cavité utérine. Mais la curette ne permet pas aussi bien que le doigt cette exploration et après un curettage, on n'est point aussi sûr de son diagnostic des lésions locales.

Le curettage nécessite l'abaissement forcé de l'utérus, et c'est là une manœuvre qui peut ne pas être sans dangers.

Le but poursuivi par la curette est la destruction traumatique de la muqueuse. Mais ainsi la barrière d'infiltration cellulaire est détruite. Le grattage, en supprimant la zone de réaction leucocytaire, favorise un large ensemencement traumatique, inévitable, et de plus, généralisé à toute la surface interne, tandis que primitivement les bouches absorbantes sont localisées à la zone d'insertion placentaire.

Nous savons enfin la fréquence de frissons violents, de l'élévation de la température dans les heures qui suivent, avec parfois modification du faciès. Si parcils symptômes cèdent assez vite en général, on peut se demander s'ils ne sont pour rien dans l'ag-

gravation, ou seulement dans la continuation des phénomènes septiques observés.

Fait quelquefois sans anesthésie, le curettage est alors un acte absolument aveugle. Et il est connu de tous que l'on a pu voir après une telle intervention le rejet de débris importants de délivre.

En dehors de ces cas, lorsqu'on peut pratiquer des examens, après autopsies, sur des utérus récemment grattés et débarrassés de tout débris placentaire, on constate que le raclage a creusé des sillons plus ou moins nombreux, plus ou moins réguliers, mais entre ces sillons persistent des saillies déciduales « qui avaient échappé à l'action de la curette malgré le curettage le plus conciencieusement pratiqué par des mains habituées à cette opération » (Wallich).

Nous retiendrons donc contre le curettage surtout ces deux importants griefs : il est souvent incomplet, et il tend à détruire la barrière opposée par la nature à l'invasion microbienne.

3) *Technique du curage digital.*

Anesthésie générale.

Posons comme principe la nécessité absolue de l'anesthésie générale avant tout curage digital. Ainsi on pourra accorder tout le temps nécessaire à l'opération et agir avec toute la minutie désirable.

C'est l'anesthésie au chloroforme qui paraît la plus indiquée. C'est elle qui a été employée dans toutes nos observations.

Emploi des gants.

Actuellement à peu près tout le monde est d'accord sur l'avantage de l'emploi des gants. C'est surtout pour l'opérateur lui-même que cet usage des gants de caoutchouc est intéressant, puisqu'il pourra aussitôt après s'occuper de n'importe quelle autre malade sans avoir la crainte de transporter des germes redoutables. Actuellement que leur emploi se généralise de plus en plus, il est facile d'avoir l'entraînement nécessaire pour que l'on ne puisse plus les accuser comme autrefois d'émousser la sensibilité, de rendre plus difficile le morcellement placentaire.

Rappelons seulement que pour quelques-uns, le gant se comporterait comme un véritable linge mouillé et faciliterait le nettoyage de la cavité utérine.

La malade endormie est mise en position gynécologique. La vulve soigneusement rasée est iodée ainsi que la face interne des cuisses. Il est bon de se protéger et de garnir la région de champs stériles comme pour toute intervention chirurgicale.

S'il y a lieu, on provoque la dilatation du col, ou plus exactement on la parachève.

La main introduite en totalité dans le vagin, le doigt va d'abord faire une exploration complète de la cavité. Exploration qui sera conduite avec méthode, en examinant successivement et à fond chaque paroi.

Le frottage méthodique enlève ce qui est friable dans la caduque nécrobiosée et laisse ce qui est résistant et vivant : la zone de réaction leucocytaire. La barrière protectrice reste intacte et garde toute sa valeur. Deux cas sont à envisager :

a) On trouve des *produits retenus :*

Comme nous l'avons signalé à l'étude des lésions anatomo-pathologiques, il peut s'agir de fragments de placenta plus ou moins importants et dont l'adhérence sera très variable, suivant les cas ; dans d'autres cas, il s'agira de débris de membranes ; ou enfin et cela est fréquent, on trouve des caillots. Nous avons insisté longuement sur l'importance de ces derniers et nous n'avons pas à y revenir ici.

b) On ne trouve *rien dans l'utérus.*

Seul le doigt peut renseigner avec certitude sur cette dernière éventualité. Et il est bien certain qu'alors tous les procédés offensifs, curettage ou écouvillonnage sont plus dangereux qu'utiles. Il vaut mieux employer alors les injections antiseptiques qui rendent de grands services, soit seules, soit combinées à des pansements antiseptiques dont nous avons signalé un certain nombre. Pour notre part, nous nous sommes toujours bien trouvé de l'emploi systématique du iodage de toute la cavité utérine. Etant toujours entendu que le traitement général ne sera jamais négligé en pareil cas.

4) *Les griefs que l'on a pu formuler contre le curage digital.*

Ils n'ont jamais été très importants. Quelques auteurs lui ont reproché un manque d'efficacité. En pareil cas, il s'agissait souvent de femmes chez lesquelles on était intervenu bien trop tard. Enfin nous avons vu qu'il y avait d'emblée des formes dont la gravité était au-dessus des moyens de cette thérapeutique, et souvent des autres.

Reprenons successivement les principaux griefs que l'on a pu adresser aux procédés intra-utérins.

Le risque de *perforation de l'utérus* est un des plus considérables. Avec le curage digital, il est des moins à craindre, même dans le cas de mollesse extrême des parois où, par les autres méthodes, le plus habile est exposé à la voir se produire.

Les *hémorragies graves* succèdent habituellement à une ébauche de perforation, ou sont dues à un grattage trop appuyé pour la résistance de la paroi. Un curage digital correctement fait ne peut les provoquer.

Quant à la destruction traumatique de la muqueuse, nous avons longuement montré qu'elle n'était pas à craindre en pareil cas, puisque c'est au contraire la meilleure façon de la respecter que de faire un curage digital.

5) *Limites de l'intervention intra-utérine.*

Ce n'est en général pas le facteur temps qui fixe les limites de l'intervention intra-utérine. En effet, à

n'importe quel moment, il sera utile de retirer un fragment placentaire en rétention. Et pourtant, c'est au fur et à mesure que l'on s'éloigne de plus en plus de l'accouchement que les contre-indications augmentent en nombre.

Parmi ces contre-indications, nous citerons les principales :

la phlegmatia alba-dolens ;

les phlébites utérines ou para-utérines ;

l'embolie pulmonaire déclarée ;

les complications viscérales, qu'il s'agisse de pleurésies, d'endocardites, etc. ;

les complications pelviennes : pelvipéritonites, salpingites ;

les formes généralisées de l'infection, soit septicémie secondaire, soit pyohémie ;

Enfin les formes prolongées de l'infection où l'utérus a été nettoyé et a cessé de sécréter.

Intervenir dans ces cas serait agir d'une façon véritablement tardive et certainement vouée à l'échec.

Enfin, il est de toute évidence que le traitement intra-utérin doit céder la place à une thérapeutique différente, s'il s'agit de péritonite généralisée ou de perforation utérine, par exemple.

Reparlons une dernière fois des formes précoces, très graves d'emblée ; dans ces cas de septicémie primitive, une manœuvre intra-utérine est parfois

suivie de mort à bref délai. Sans doute à la suite d'une véritable intoxication suraiguë. Il faut en rapprocher au point de vue de la conduite à tenir les infections que l'on voit à la fin de leur évolution, à la troisième et dernière phase de la maladie, désormais à allure généralisée ; le traitement local devient sans but et doit céder la place aux cures générales qui essaieront alors d'aider l'organisme à lutter pour son existence.

Chapitre III

OBSERVATIONS

Les dix-neuf observations que nous rapportons ici sont une preuve de l'efficacité du curage digital. La XIXe n'est pas relative à l'Infection puerpérale après accouchement, mais à un accident analogue après avortement de quatre mois et demi. Ces observations sont de provenances variées. Et ce fait est des plus intéressant. En effet, un certain nombre d'entre elles, dues au Professeur Bouvier et au Docteur Chappaz, montrent nettement l'importance du curage digital dans la pratique journalière. Dix proviennent de la Maternité de Beaujon et sont dues à l'obligeance du Docteur Pithon.

Il est des plus remarquable de noter que très rapidement après l'intervention, la température revient à la normale. Cette chute thermique est ce qui frappe le plus dans les observations. L'amélioration de l'état général également rapide confirme d'ailleurs l'efficacité de cette thérapeutique. Cette amé-

lioration survient d'ailleurs au plus tard dans les quarante-huit heures, elle s'est toujours maintenue dans les jours suivants. Toutes les malades sont sorties guéries.

Les traitements associés au curage digital, bien que très intéressants, ne semblent pas avoir une efficacité aussi importante. Bien que ces thérapeutiques associées aient été assez variées, le résultat semble avoir toujours été le même : qu'il se soit agi de iodage, auquel nous donnons la préférence; ou d'injection iodo-iodurée. L'emploi de la mèche iodoformée-créosotée semble également bon, encore faut-il le retirer assez précocement. Les filtrats ne semblent pas agir d'une façon particulièrement nette. L'emploi de la Septicémine semble avoir été un heureux adjuvant.

Observation I (Docteur Chappaz)

Infection puerpérale traitée au septième jour par le curage digital et iodage. Guérison.

Mme S..., à Reims. Le 5 avril 1926, le Docteur Chappaz est appelé auprès de Mme S... par la sage-femme qui s'en est occupée jusqu'alors. Il s'agit d'une multipare qui est accouchée il y a sept jours. L'accouchement s'est fait d'une façon normale et sans aucun incident.

Le troisième jour après l'accouchement survient un frisson et la température monte à 39°5. Le len-

demain, cette réaction fébrile paraît s'atténuer, puisque la température est de 36°8. Mais le jour suivant, elle remonte à 40°3. Elle va se maintenir pendant quarante-huit heures autour de ce chiffre avec frissons répétés, chaleurs, sueurs, enfin tout le tableau d'une infection sévère.

La langue est très sabburale.

L'examen gynécologique montre que le col est entr'ouvert, l'utérus qui est encore nettement augmenté de volume est sensible à la palpation.

Anesthésie au chroloforme.

Curage de la cavité utérine au doigt ganté. On ramène surtout des caillots, mais aussi quelques débris de membranes, d'ailleurs peu importants.

La durée de l'intervention fut au total de trente minutes. Après le curage fut fait un iodage de toute la cavité.

Le lendemain, l'état général s'est grandement amélioré. La température est tombée à 37°. Les suites furent simples et la guérison survint rapidement.

Observation II (Docteur Chappaz)

Infection puerpérale traitée au troisième jour par le curage digital et iodage. Guérison.

Mme R..., rue de Beine, à Reims. Le 15 octobre 1926, le Docteur Jeannet appelle le Docteur Chappaz auprès d'une de ses clientes qui a été accouchée trois jours auparavant par une sage-femme.

L'aspect de cette malade est lamentable. D'emblée, on est frappé par son faciès. Non seulement, les traits sont tirés, fatigués, mais il existe du subictère. La température est élevée (à 40°), la langue sèche.

L'examen révèle que le ventre est ballonné. On trouve un utérus gros et mou dont le col est ouvert.

Anesthésie au chloroforme.

On pratique un curage digital, qui cette fois est fait à doigt nu.

L'intervention est faite minutieusement et lentement. On ne ramène cependant que quelques caillots sans aucuns autres débris. Ces caillots n'ont d'ailleurs aucune mauvaise odeur.

Iodage de la cavité utérine.

L'évolution est des plus favorables. Le lendemain, la température est à 37°, les suites sont absolument simples.

Observation III (Docteur Chappaz)

Infection puerpérale avec lochies purulentes, état général grave. Curage digital. Guérison.

Mme L..., à Reims. Il s'agit d'une Ipare qui a été accouchée il y a quarante-huit heures par une sage-femme. Le travail a été très long. La température de la malade n'a pas été prise avant l'arrivée du Docteur Chappaz. Le thermomètre monte à 40°6. L'état de cette femme est grave. Elle a présenté des frissons répétés, et il existe actuellement du délire.

Le ventre est ballonné. Il y a un écoulement assez abondant de lochies purulentes et hématiques.

L'utérus est mou et douloureux.

Devant le mauvais état général, on se contente d'une anesthésie légère au chloroforme. On fait un curage très lent au doigt ganté. On ne ramène que des dépôts fibrineux. La durée de l'intervention est de trente minutes.

Le lendemain existe une certaine amélioration. La température notamment est descendue à 38°5. Le surlendemain, tout tend à rentrer dans l'ordre, la température est à 37°, les suites sont alors simples et la guérison survient rapidement.

Observation IV (Docteur Chappaz)

Infection puerpérale traitée au cinquième jour par curettage et curage digital. Malade ayant reçu une injection de Propidon. Guérison.

Mme P..., à Saint-Hilaire-le-Petit. Le Docteur Chappaz est appelé par le Docteur Blanc auprès d'une IIpare à laquelle il y a huit jours il a fait une application de forceps pour inertie utérine et gros enfant. Il s'est produit une déchirure du périnée qui a suppuré.

Cinq jours après l'accouchement survient un grand frisson et la température s'élève à 40°. La veille il a été fait une injection de Propidon à la suite de

laquelle s'est produit une vive réaction avec température à 40°6.

Au moment de l'examen, la température est à 40°, le pouls à 130. Le ventre est normal. Les lochies peu abondantes et sans odeur. L'utérus est mou, le col entr'ouvert.

Anesthésie au chloroforme.

On pratique tout d'abord un curage minutieux et lent à la curette de Cruzzi. Puis l'utérus est vérifié et on termine le nettoyage par un curage digital. Ces deux interventions consécutives ne ramènent que des morceaux de fibrine sanguinolents.

On termine alors par un tamponnement intra-utérin avec une mèche imbibée de sérum antistreptococcique. Injection d'ergotine. Pansement de la plaie vaginale par de la bouillie lactique.

Le surlendemain, la température est redevenue normale, les suites sont simples et la guérison survient.

Observation V (Docteur Chappaz)

Infection puerpérale avec mauvais état général. Curettage et curage digital, guérison.

Mme M..., à La Neuville. Le Docteur Chappaz est appelé le 5 juin 1928 par le Docteur Bourdette auprès d'une multipare accouchée il y a six jours dans de mauvaises conditions.

Trois jours après l'accouchement est apparu le

premier frisson. La température atteint alors 40° et se maintient à ce chiffre depuis trois jours. L'état général est mauvais. La langue est épaisse, sèche ; il y a du subictère et un peu de diarrhée. Le ventre est légèrement ballonné, le col utérin entr'ouvert.

Anesthésie au chloroforme.

D'abord curage soigneusement fait à la curette Cruzzi, puis curage fait lentement et longuement au doigt ganté. On ne ramène pas de débris. Iodage de la cavité utérine.

Le lendemain, la température descend à 37°, mais le jour suivant, elle remonte à 39°5, elle va y rester pendant deux jours et enfin redescendre définitivement. Les suites sont alors simples et la guérison est complète.

Observation VI (Professeur Bouvier de Reims)

Infection puerpérale traitée au cinquième jour par curage digital, après dilatation du col. Guérison.

Mme L... Il s'agit d'une Ipare âgée de 21 ans qui a accouché spontanément et à terme le 14 février 1927. Le troisième jour, élévation de la température à 37°8. Les lochies sont assez abondantes et en outre il y a expulsion de caillots. La malade se plaint de plus de tranchées. Brusquement, quarante-huit heures après, survient un grand frisson. La température monte à 40°, le pouls est à 125.

Le col utérin est un peu entr'ouvert.

Le lendemain matin, on intervient sous anesthésie générale. Dilatation du col. Puis curage minutieux de la cavité, surtout au niveau de la caduque pariétale.

Le jour suivant, la fièvre est tombée, le thermomètre est à 38°2. Le pouls à 75. Et surtout il existe un véritable état de bien-être. Quarante-huit heures après, les suites se font de façon tout à fait apyrétiques.

Observation VII (Professeur Bouvier de Reims)

Curage digital au septième jour d'une infection puerpérale. Guérison.

Mme S... Il s'agit d'une IIpare de 42 ans qui a fait, lors de son premier accouchement, des accidents fébriles. Le deuxième a été spontané et rapide. Mais dans les jours suivants, il existe des tranchées très douloureuses, et cette malade expulse des caillots en assez grande abondance.

Le quatrième jour, la température commence à monter. On note quelques frissonnements et 38°2. Le lendemain, les frissonnements persistent et la courbe de température est à 38°8. Le sixième jour survient un grand frisson et le thermomètre indique 39°5.

Le lendemain, le septième jour, on décide un curage digital qui est pratiqué sous anesthésie générale.

La chute de la température survient dans les deux jours et la guérison est rapide.

Observation VIII (Ravina, Obs. 36)

Infection post-partum. Révision utérine. Tamponnement curatif au troisième jour. Guérison.

G... Ipare, 22 ans. Accouchement prématuré de 6 mois et demi.

Membranes déchirées incomplètes. Face utérine douteuse.

Troisième jour, soir T. 39°, P. 130. Révision de la cavité utérine permettant de retirer un petit fragment placentaire et des membranes. Pansement au filtrat.

Prélèvement qui montre l'absence de streptocoques et la présence de colibacilles. Hémoculture négative.

Quatrième jour, T. 37°8. P. 100. Soir, T. 38°4, P. 100. Deuxième tamponnement. Deuxième prélèvement montrant les mêmes germes.

Cinquième jour. Chute de la température. Sortie de la femme au quatorzième jour en excellent état.

Observation IX (Ravina, Obs. 50)

Infection post-partum. Révision utérine. Tamponnement le troisième jour. Guérison.

R. C... Ipare. Accouchement normal le 6 mars après rupture tempestive des membranes. Délivrance naturelle, mais face utérine douteuse.

Troisième jour, T. 38°2, P. 180. Frissons.

Curage digital sous anesthésie ramenant un petit lambeau de membranes et des débris de caduque. Tamponnement intra-utérin au filtrat.

Quatrième jour, T. 38°. Soir 39°. P. 120. Bon état général. Deuxième tamponnement.

Cinquième jour, T. 38°. Soir 38°8. Dans les jours qui suivent, la température revient à la normale. Le pouls se calme. La femme sort guerie le douzième jour.

Observation X

Infection puerpérale au début. Curage digital le troisième jour. Guérison.

F... Louise, 31 ans. Ipare. Admise à la salle de travail le 24 mars. Accouchement naturel à terme. Délivrance naturelle paraissant complète. Température après l'accouchement 37°7.

La température et les lochies restent normales jusqu'au 27. A ce jour, T. 39°. P. 120. Frissons. Lochies très fétides, sanieuses.

Curage digital. Il ramène de très nombreux débris d'apparence placentaire et des membranes. Escarres cervicales. Iodage de la cavité. Mèche à la bouillie lactique. Glace sur le ventre.

Le lendemain, on enlève la mèche. Le surlendemain, la température est normale. La malade sort le 7 avril 1927 guérie.

Observation XI

Infection puerpérale au quatrième jour. Curage digital. Guérison.

Ch... Marcelle, 30 ans. IIIpare. Les deux premières grossesses ont été normales. Entre à la salle de travail le 23 décembre 1927. Accouchement naturel à terme. Fille vivante de 3.820 grammes. Délivrance naturelle paraissant complète pesant 600 grammes. T. après l'accouchement 37°5.

Les suites de couches sont normales jusqu'au 27 décembre. T. le matin 39°. P. 100. Soir 40°. P. 120. Céphalée vive. Frissons. Pâleur. Rien du côté des seins, des urines ou de l'intestin. Pas de lésions vulvo-vaginales.

Curage digital ramenant quelques membranes et des caillots à odeur fétide. Injection intra-utérine. Mèche iodoformée-créosotée. Glace sur le ventre.

Le 28 au soir T. à 40°. On enlève la mèche. Hémoculture négative. On pratique cependant une injection de Septicémine.

La température tombe graduellement dans les jours qui suivent et devient normale à partir du 1er janvier. La malade sort guérie le 9 du même mois.

Observation XII

Curage digital au quatrième jour après l'accouchement. Guérison.

Mme T..., 21 ans. Ipare. Accouchement le 9 mars après rupture artificielle des membranes. Accouchement naturel, délivrance spontanée. T. 37°.

Le 13 mars, T. 39°8. P. 120.

Curage digital qui ramène quelques débris d'apparence placentaire. Iodage. Mèche intra-utérine iodoformée-créosotée.

14 mars, T. 38° le matin, 37°5 le soir.

Sort guérie le 20 mars.

Observation XIII

Curage digital précoce. Guérison.

Mme Des... Louise, 23 ans. IIpare. Premier accouchement naturel à terme. Le 3 juillet 1927, accouchée seule en ambulance d'un garçon vivant pesant 3.200 grammes. Admise à la salle de travail à 8 h. 50, non délivrée. 9 h. 05 délivrance naturelle, paraissant complète pesant 700 gr. T. 38°.

Le 4, T. matin 38°4. P. 120. Soir 39°4. P. 100.

Le 5 juillet, T. soir 39°5. On fait le curage digital. On ne ramène que des fragments de caduque utérine. Iodage. Mèche ioloformée-créosotée.

Le 6, T. matin 37°8. P. 100. Soir T. 38°. P. 108. On enlève la mèche.

Le 7, T. 37°. La malade sort le 14 juillet guérie.

Observation XIV

Curage digital au cinquième jour après l'accouchement. Guérison.

Mme B... Suzanne, 26 ans. IIpare. Premier accouchement normal. Accouchement naturel le 5 juillet 1927, délivrance naturelle paraissant complète pesant 750 gr. T. 37°.

Le 10 juillet 1927, T. à 39° le matin et à 40°2 le soir. Frissons. Mauvais état général. Tout est normal du côté des reins, des seins, de l'intestin. Toucher vaginal utérus gros, sensible, col ouvert.

Curage digital pratiqué immédiatement. Il ramène quelques débris membraneux peu importants et quelques caillots. Iodage. Pas de mèche.

Le 11 juillet, T. 37°2 le matin, 37° le soir. Sort guérie le 17 juillet.

Observation XV

Révision utérine le lendemain de l'accouchement. Suites parfaites.

Mme Ka... Marguerite, 25 ans. Ipare. Admise à la salle de travail le 28 décembre 1927 à 13 h. 30. Siège complet. Enfant vivant. Dilatation un franc. Membranes rompues. Urines normales. T. 37°. 20 h., dilatation presque complète. Gros œdème de la lèvre postérieure du col. Morphine, 1 cc. 20 h. 50, extraction d'une fille mort-née pesant 3.250 gr. 21 h., déli-

vrance naturelle paraissant complète pesant 650 gr.

Le lendemain, température à 37°5 le matin, le soir à 39°8. P. à 120. On fait un curage digital le soir même qui ramène quelques débris d'apparence placentaire. Iodage. Pas de mèche.

Le lendemain T. à 37°2. Sort guérie le 9 janvier 1928.

Observation XVI

Infection puerpérale au début. Curage digital. Sérum antistreptococcique. Guérison.

Mme So... Hélène, 28 ans. Ipare. Le 10 mars 1928 sommet en O.I.G.A., dilatation petite paume, membranes rompues, liquide teinté. Accouchement naturel à terme d'un garçon vivant de 4.000 gr., délivrance naturelle 800 gr., membranes déchirées, périnée 2 crins. T. 38°4.

Le 11, température à 37°2 le matin, à 39°6 le soir. P. 140.

Curage digital fait aussitôt qui ramène de nombreux débris placentaires des membranes. Iodage. Glace sur le ventre. 40 cc. de sérum antistreptococcique.

Le 12, T. 37°6 le matin, 38°9 le soir. Sérum antistreptococcique et Septicémie intraveineuse.

Le 13, T. 37° le matin, 38° le soir. Même traitement que la veille.

La température va décroître progressivement et tomber définitivement à la normale le 16. Sort guérie le 23 mars 1927.

Observation XVII

Révision utérine négative. Injection intra-utérine.

Mme Ha... Lucie, 25 ans. Ipare.

Admise à la salle de travail le 29 novembre 1927. Accouchement naturel à terme d'un garçon vivant pesant 2.500 gr. Délivrance naturelle paraissant complète pesant 400 gr. T. 37°2.

Le lendemain soir, T. 39°. P. 100.

Le 1er décembre matin, T. 38°8. P. 100. Soir T. 39°8. P. 100.

Tous les autres appareils étant normaux, on pratique une révision utérine. Cette révision ne ramène rien. Injection intra-utérine. Pas de mèche. Glace sur le ventre.

L'hémoculture est négative.

Le lendemain matin, 2 décembre, la température est à 37° et reste normale jusqu'au départ de la malade, le 19 décembre 1927.

Observation XVIII

Curage digital au troisième jour après l'accouchement. Guérison.

Mme Ma... Germaine, 22 ans. IIpare.

Première grossesse normale.

Le 10 mars 1927, accouchement naturel à terme

d'un garçon vivant pesant 3.570 gr. Délivrance naturelle paraissant complète pesant 500 gr. T. 37°6.

Le 11 mars, T. 37°5.

Le 13 matin, T. 39°. P. 100. Frissons, pâleur, mauvais état général. Les lochies sont fétides. Le soir, T. 39°9. P. 110.

Curage digital qui ramène quelques débris de membranes, et quelques autres d'aspect placentaire. Mèche iodoformée-créosotée. Glace sur le ventre.

Le lendemain soir, la température étant à 40°2 et le pouls à 120, on enlève la mèche intra-utérine. Mais à partir du 15, la température commence à descendre, puis tombe définitivement et la malade sort le 23 mars 1927.

Observation XIX

Curage digital pour une fausse-couche de quatre mois et demi. Guérison.

Mme Maul... Ipare, 32 ans.

Date des dernières règles, 18 décembre 1926. Entre à la Maternité le 16 mai 1927. Douleurs, col dilaté. T. 39°5. Avortement spontané quatre heures après son arrivée. Curage digital suivi d'une injection intra-utérine iodée. Glace sur le ventre.

Le lendemain, la température est à 37° et reste normale jusqu'à la sortie qui a lieu le 27 mai 1927.

CONCLUSIONS

Le curage digital est parmi les procédés de traitement de l'Infection puerpérale, l'un des plus efficaces. Mais pour en tirer de bons résultats, faut-il encore s'astreindre à certaines règles :

1. — La précocité de l'intervention est capitale. Le mieux étant d'intervenir dans les deux ou trois premiers jours de l'infection et *même la première journée.*

2. — Nécessité absolue de l'emploi de l'anesthésie générale.

3. — Le curage doit être lent, méthodique, examinant complètement les parois utérines, faisant un diagnostic anatomique, diagnostic local, des lésions, faisant s'il y a lieu un diagnostic des complications (penser surtout à la possibilité de rupture utérine).

4. — Faire une évacuation totale.

Ainsi le curage digital paraît l'emporter sur les

autres procédés et en particulier sur le curettage. Il est surtout moins traumatisant et respecte la zone de défense, la zone de réaction leucocytaire.

Vu le Doyen,
ROGER.

Vu le Président,
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Aimes A. — Le drainage de l'utérus dans les Infections puerpérales. Progrès médic., Paris 1917, 3 s., XXXII, 391.

Alfieri. — Sur les moyens thérapeutiques pour combattre l'Infection puerpérale (Rapport au Congrès de l'I. P., Strasbourg avril 1923). Gynécologie et Obstétrique, 1923, N° 1, p. 63.

Anderodias V. — Traitement des Infections utérines puerpérales par les injections discontinues avec le liquide de Carrel-Dakin. Rev. franç. de Gyn. et d'Obst. Paris, 1922, XVII, 1-11.

Auvray. — A propos du curettage dans l'Infection puerpérale, Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, 1924, I. 1095-1099.

Benoist. — Contribution à l'étude des indications de l'hystérectomie vaginale dans la Fièvre puerpérale. Thèse, Paris, 1922.

Boissard A. — Traitement de l'Infection puerpérale par les abcès de fixation. Obstétrique, Paris, 1908, n. s., I, 417-439.

Brindeau A. — Traitement de l'Infection puerpérale par le Bacille lactique. Bull. Soc. Obst., Paris, 1908, XI, 158-160. — Les cultures de Bacille lactique dans le traitement de l'Infection puerpérale. Arch. mens. d'Obst. et de Gyn., Paris, 1912, I, 225-245.

Brouha. — Conceptions actuelles de l'Infection puerpérale. Gyn. et Obst., Paris, 1923, VIII, 11-36.

Chauveau (Mme). — L'or colloïdal, son action thérapeutique en particulier dans les Septicémies puerpérales. Arch. mens. d'Obst. et de Gyn., Paris, 1918, VII, 36-51, 1 pl.

Cohn. — Le collargol en injections intraveineuses, ses effets immédiats et secondaires. Bull. et Mém. Soc. Chir., Bucarest, 1908-9, XI, 59-65.

Commandeur et Gaucherand. — Septicémie puerpérale grave, guérison avec abcès de fixation. Bull. Soc. Obst. et Gyn., Paris, 1922, XI, 267-269.

Courbin B. — Nouvelles considérations sur l'hystérectomie dans l'Infection puerpérale. Journ. de Méd. de Bordeaux, 1923, IV, 91-94.

Descarpentries M. — Traitement de la Fièvre puerpérale par les injections d'autosang hémolysé. Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris, 1925, XIV, 698-706.

Delbet P. — Contribution à l'étude du traitement de la septicémie puerpérale en particulier par l'hystérectomie. Paris, Chir., 1914, VI, 29-37.

Faix A. — Quelques mots sur les ligatures des veines du bassin dans la pyohémie puerpérale. Bull. Soc. Obst. Paris, 1906, IX, 325-335.

Fabre. — Traitement prophylactique et curatif de l'Infection puerpérale à streptocoques pyogènes par l'essence de térébentine. Obst., Paris, 1908, n. s. I, 25-58.

Jeannin C. — Recherches sur la bactériologie de l'utérus et ses rapports avec le traitement local de l'Infection puerpérale. Bull. Soc. Obst., Paris, 1907, X, 109-120.

Joanny. — Contribution à l'étude du traitement de l'Infection puerpérale. Une méthode de thérapeutique générale par le novarsénobenzol. Thèse Paris, 1923.

Langlois. — Contribution à l'étude du traitement de l'Infection puerpérale par un sérum polyvalent préparé suivant la technique de MM. Leclainche et Vallée. Thèse Paris, 1923.

Lequeux et Chaume. — Quelle place faut-il faire à la phlébite pelvienne suppurée, dans l'Infection puerpérale. Gyn. Paris 1923, XXII, 468-473.

Maurer A. — Ligature de la veine iliaque primitive gauche pour Infection puerpérale. Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir. Paris, 1924, I, 343-345.

Petit R. — Traitement des Infections puerpérales par l'irrigation discontinue au Carrel-Dakin. Paris Chir., 1921, XIII, 465-473.

Pery J. et Balard P. — De l'hystérectomie dans l'Infection puerpérale à propos d'une hystérectomie... fort heureusement différée et évitée dans un cas d'infection *post abortum*. Rev. franç. de Gyn. et d'Obst., Paris, 1921, XVI, 369-376.

Piper E.-B. — The treatment of puerperal sepsis by the use of mercurochrome intravenously with the report of animal experimentation in the chemical desinfection of the blood. Am. J. Obst. and Gyn., St. Louis, 1922, IV, 532-543. Discussion 565-567.

Phillips H.-J. — The treatment of Puerperal Infection by intrauterine injections of glycerine. Proc. Roy. Soc. Med., London, 1925, XIX, 26-31.

Ravina J. — Thérapeutique de l'Infection puerpérale par les pansements intrautérins aux filtrats de culture de streptocoques. Thèse Paris, 1926.

Routh A. — Drainage of the uterus in Puerperal sapraemia. Lancet, London, 1907, II, 1496.

Segré G. V. — L'essence de thérébenthine dans l'Infection puerpérale. Clinique Paris, 1924, XIX, 205-207.

Theuveny. — De l'emploi de l'argent colloïdal dans l'Infection puerpérale. Bull. Gén. de thérap., Paris 1909, CLVII, 593-605.

Vanverts J. — Trois cas d'Infection puerpérale traités par la vaccinothérapie. Rev. franç. de Gyn. et d'Obst., Paris, 1923, XVIII, 398-401.

Veronkas C. — Un cas d'Infection puerpérale grave avec phénomène locaux et troubles nerveux intenses ; guérison rapide par les injections et lavages au lysol. Prov. Méd., Paris, 1910, XXI, 50.

Warden A. A. — On the occasional necessity of drainage of the uterus in puerperal infection. Lancet, London, 1907, II, 1383.

Weil H. — Irrigation treatment of puerperal sepsis. N. Y. Med. J., 1909, LXXXIX, 1261-1265.

Willette R. — Injections intraveineuses de métaux colloïdaux dans le traitement de l'Infection puerpérale. Rev. Prat. d'Obst. et de Gyn., Paris, 1914, 161-172.

Williams J. W. — Ligation or excision of thrombosed veins in the treatment of puerperal pyemia AM. J. Obst. N. Y., 1909, LIX, 758-789.

Weymeersch A. et Colard A. — Traitement de la septicémie puerpérale par les injections de peptone. Soc. Roy. d. sc. méd. et nat. de Bruxelles, 1922, 629-642.